In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



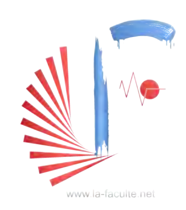
Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.











DYSPEPSIE

FONCTIONNELLE

Dr S.E Hadj Mati

Contactez nous sur facadm16@gmail.com à votre service inchallah

PLAN

- Définition, Classification, Intérêts
- Épidémiologie
- Physiopathologie
- Approche clinique
- Démarche diagnostique
- Diagnostic différentiel
- Traitement

Définition (1)

- Dyspepsie : mauvaise digestion

Douleur ou inconfort centrés dans la partie haute du TD

organique : 1/3

→

fonctionnelle : 2/3

→

Définition (2)

Critères de Rome III :

Au moins l'un des symptômes suivants est survenu pour la première fois au minimum six mois auparavant et pendant au moins trois mois:
– Sensation de réplétion postprandiale gênante
– Sensation de satiété accélérée
– Douleurs épigastriques
– Brûlures épigastriques
– Pas d'indices suggérant la présence d'une pathologie structurelle (y compris gastroscopie normale) susceptible d'expliquer la symptomatologie

Classification des TFD

A. Troubles fonctionnels gastro-intestinaux
- A1. Brûlures fonctionnelles
- A2. Douleurs fonctionnelles thoraciques d'origine probablement œsophagienne
- A3. Dysphagie fonctionnelle
- A4. Globe

B. Troubles fonctionnels gastroduodénaux
- B1. Dyspepsie fonctionnelle
  - B1a. Syndrome de détresse postprandiale
  - B1b. Syndrome douloureux épigastrique
- B2. Eructations fonctionnelles
  - B2a. Aérophagie
  - B2b. Eructations excessives non spécifiques
- B3. Nausées et vomissements
  - B3a. Nausées chroniques idiopathiques
  - B3b. Vomissements fonctionnels
  - B3c. Syndrome des vomissements cycliques
- B4. Syndrome de rumination de l'adulte

C. Troubles fonctionnels intestinaux
- C1. Syndrome du côlon irritable
- C2. Ballonnements fonctionnels
- C3. Constipation fonctionnelle
- C4. Diarrhées fonctionnelles
- C5. Troubles intestinaux fonctionnels non spécifiques

D. Syndromes douloureux abdominaux fonctionnels

E. Troubles fonctionnels de la vésicule biliaire et du sphincter d'Oddi
- E1. Troubles fonctionnels de la vésicule biliaire
- E2. Dysfonction biliaire du sphincter d'Oddi
- E3. Dysfonction pancréatique du sphincter d'Oddi

F. Troubles fonctionnels anorectaux
- F1. Incontinence fonctionnelle des selles
- F2. Douleurs fonctionnelles anorectales
  - F2a. Proctalgie chronique
    - F2a1. Syndrome du levator ani
    - F2a2. Douleurs fonctionnelles anorectales non spécifiques
  - F2b. Proctalgia fugax
- F3. Troubles fonctionnels de la défécation
  - F3a. Défécation dyssynergique
  - F3b. Propulsion défécatoire inadéquate

G. Troubles fonctionnels chez le nouveau-né et le petit enfant

H. Troubles fonctionnels chez l'enfant et l'adolescent

contactez nous sur facadm10@gmail.com à votre service inchallah

Intérêts

- Fréquence
- Physiopathologie non encore élucidée
- Diagnostic
- Prise en charge difficile

Épidémiologie

- Prévalence : (15 - 45) % pop
- Age : sujet jeune
- Sexe : sex. ratio = 1

Physiopathologie

Multifactorielle

- Anomalies motrices
- Anomalies sensitives
- Facteurs psychologiques
- Rôle de l'infection HP ?
- Dysfonctionnement de l'axe cerveau- intestin

Approche clinique

- Interrogatoire +++ :

- Terrain : âge, statut psychologique, profession, conditions socio-économiques

  ancienneté des symptômes

  Antécédents perso et familiaux

  Prise d'AINS

- Recherche de signe d'alarme : dysphagie, hémorragie digestive,amaigrissement important, anorexie …..

- Examen clinique : Complet

- Normal, état général conservé
- Masse abd (-)
- HPM, SPM (-)
- Pâleur (-)
- Ictère (-)
- Adénopathies (-)

- Examens paracliniques :
- Biologie : FNS, VS,Glycémie, créatinine…
- FOGD : systématique si

  - Age > 50 ans
  - Amaigrissement, dysphagie, hémorragie digestive
  - Antécédents d'œsophagite, de maladie ulcéreuse ou de chirurgie gastrique
  - Anomalie à l'examen clinique
  - Anomalie biologique (anémie, syndrome inflammatoire…)
  - Contexte personnel, familial ou ethnique de risque néoplasique

- Autres : échographie abdominale,PHmètrie, étude de la VG…..

Démarche diagnostique

Évoqué devant :

Terrain

Absence de signes d'alarme

Investigations paracliniques (--)

↓

Plusieurs stratégies

1ère stratégie : FOGD première

AVANTAGES	*INCONVENIENTS*
- Diagnostic d'une lésion organique - Possibilité de rechercher Hp / biopsies - Rassure le patient et le médecin - Facilement accessible (en France)	- Coût - Invasif - Efficacité non prouvée en l'absence de signe d'alarme - Strictement normale > 50 % des cas

- 2 ème stratégie : Test and Treat

AVANTAGES	*INCONVENIENTS*
- Coût (moins d'endoscopies) - Non invasif - Efficace ds dyspepsie pseudo--ulcéreuses - Prévention du KC gastrique - Guérison d'une maladie ulcéreuse	- CAT des patients Hp - ? - Risque de méconnaître un cancer - Inefficace ds la majorité des cas - Risques de résistances bactériennes - Effets secondaires du tt d'éradication

3 ème stratégie : Traitement médical empirique

Attitude le plus souvent adoptée; Aucune exploration
IPP+/- prokinétiques pendant (4-8) S

Avantages :
Économique
Risque de méconnaître un cancer chez les < 50 ans est très faible

Inconvénients :

↘ Satisfaction
↗ consultations
Usage prolongé des IPP
Peut masquer les symptômes d'un ulcère gastrique malin

Diagnostic différentiel :

Maladies digestives

Maladie ulcéreuse G.D
Cancer gastrique
RGO
Gastro entérite virale
Syndrome post- chirurgicaux

Maladies métaboliques et endocrines

Diabète
Hypothyroidie
Insuffisance rénale chronique primitive/secondaire
HypoKaliemie

Facteurs iatrogènes

Radiothérapie
Opiacés, Dopaminergiques
Agonistes béta
Agonistes calciques
AINS

Maladies systémiques

Sclérodermie
Lupus érythémateux disséminé
Dermatomyosite, polymyosite
Amylose

Maladies neuro-musculaires

Tumeur cérébrale
Transsection médullaire
Polyradiculonévrite
Dysautonomie

Pseudo obstruction intestinale
Myopathies
Anorexie mentale

Traitement

- Buts :

- Guérir
- Améliorer les patients
- Permettre une vie socioprofessionnelle et personnelle aussi normale que possible

- Principes généraux :

A faire :

Bonne relation medecin-malade

Rassurer le patient

A ne pas faire :

Multiplier les explorations

Se laisser déborder âr le patient

- Armes thérapeutiques :

1/ règles hygiéno-diététiques :

- Fractionner les repas
- Manger à heures régulières et dans le calme
- Alimentation équilibrée
- Eviter le stresse
- Activité sportive

2/Traitement médicamenteux :

- Antiacides
- Pansements gastriques
- Antiflatuents
- Antisecrétoires
- Agents prokinétiques
- Médicaments agissant sur les récepteurs de la sérotonine

Nom de Substance	Noms commerciaux (*génériques)	Dose quotidienne Standard	maximale	préventive	Effets secondaires
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP):					
Oméprazole	Antra®	1 x 20 mg	1 x 40 mg	1 x 10 mg	Très rares
Lansoprazole	Agopton®	1 x 30 mg	1 x 60 mg	1 x 15 mg	Perturbation des tests hépatiques
Pantoprazole	Pantozol®, Zurcal®	1 x 40 mg	1 x 80 mg	1 x 20 mg	
Rabéprazole	Pariet®	1 x 20 mg	1 x 40 mg	1 x 10 mg	
Esoméprazole	Nexium®	1 x 40 mg	1 x 80 mg	1 x 20 mg	
Anti-histaminiques-H2 (Anti-H2):					
Ranitidine	Zantic®, *Ranitidin-Cophar®, *Ranitidine-Mepha®, *Ulcidine	1 x 300 mg ou 2 x 150 mg	2 x 300 mg	1 x 150 mg	Rares
Nizatidine	Calmaxid®	1 x 300 ou 2x150 mg	2 x 300 mg	1 x 150 mg	Confusion mentale (personnes âgées)
Famotidine	Pepcidine®	1 x40 mg	1 x 80 mg	1 x 20 mg	
Prokinétiques:					
Dompéridone	Motilium®	3-4 x 10 mg / 10 ml	NA	NA	Diarrhée
Métoclopramide	Primperan®, Gastrosil®	3-4 x 10 mg / 10 ml	3-4 x 15 mg / 15 ml	NA	Dyskinésies
Antacides de contact et protecteurs gastriques:					
associations de : hydroxyde Al, hydroxyde Mg, carbonate Ca, alginate Na, phosphate Al	Alucol®	3-4 x 1 cp / 5 ml	3-4 x 2 cp / 10 ml	NA	Constipation Hyper-Mg, hypo-Ca, toxicité Al (IRC) Baisse absorption tétracyclines, fer, digitale
	Gaviscon®	3-4 x 2 cp / 10 ml	3-4 x 20 ml	NA	
	Maaloxan®	3-4 x 2 cp	3-4 x 4 cp	NA	
	Phosphalugel®	3-4 x 1 sachet à 20 g	6 x 1 sachet à 20 g	NA	
Sucralfate	Ulcogant®	4 x 1 g	NA	2 x 1g	Constipation

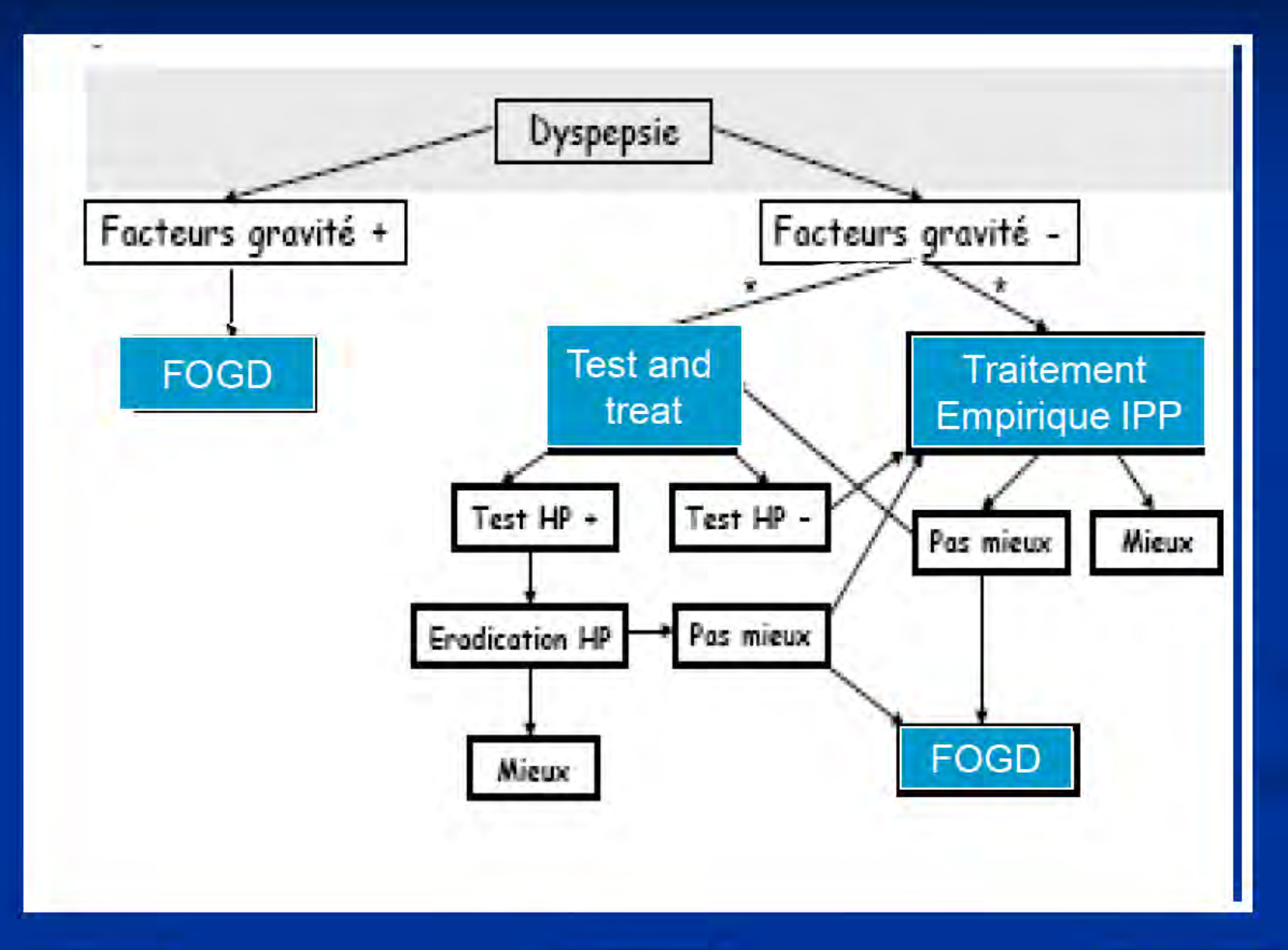
3/ psychothérapie :

De soutien

Comportementale

Hypnose +++

- Antidépresseurs


Dyspepsie
Facteurs gravité +
Facteurs gravité -
FOGD
*
*
Test and treat
Traitement Empirique IPP
Test HP +
Test HP -
Pas mieux
Mieux
Eradication HP
Pas mieux
Mieux
FOGD

Points forts

- Pathologie fréquente
- Diagnostic d'élimination
- La majorité des patients consultant pour dyspepsie n'ont pas de lésions organiques
- FOGD indiquée si haut risque de lésion organique et récidive après un traitement empirique

Points forts

- Une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques de la DF permettra d'améliorer la prise en charge des patients